

佛教大学社会福祉学部論集 第13号（2017年3月）

医療保護入院における権利擁護と代弁者制度

——わが国における非自発的入院制度のゆくえ——

篠 原 由利子

〔抄 録〕

平成26年4月に施行された精神保健福祉法は、その改正の柱がわが国の精神科医療の性格を特徴づけている医療保護入院の改正をめぐるものであり、注目されてきた。

治療医学における精神病や精神疾患という従来の枠組みに、精神障害者という障害概念が重なってきた現在において、国際的な障害者をめぐる動きは無視できない。国連等の障害者権利条約や、障害者差別禁止法、といった障害者の人権課題を問う趨勢、あるいはICF（国際生活機能分類）といった社会モデルが導入されるようになったことなどの影響が、精神保健福祉法にも及ぶに至り、「医療保護入院・保護者制度」の大幅な改変が期待されたのである。筆者は前回、昭和25年の精神衛生法から、精神保健法、そして精神保健福祉法改正にかけて、非自発的・強制的入院という性格から脱することのできなかった医療保護入院・保護者制度の論議をまとめた⁽¹⁾。

今回は平成21年度から、障害者権利条約の批准を意識した国内法の整備の観点から、特に権利擁護（代弁者）に焦点を当てて、平成29年度法改正に影響を及ぼすであろう主要な論議を整理し、わが国における精神科医療と精神障害者の人権について考察を加える。

キーワード：精神保健福祉法改正、医療保護入院、権利擁護、非自発的入院、代弁者

は じ め に

精神障害者の権利擁護や人権をめぐる国内的な改変への動きには、背景として、国連障害者権利条約（以後、障害者権利条約）の批准に向けての国内法整備があった。国内における障害者施策の統合などから、精神保健医療福祉をめぐる従来の法・制度も相互関連的に見直しを迫られている。ここでは平成21年今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会による

「精神保健福祉法に関する課題等について」から、平成 22 年障害者制度改革推進会議を受けて、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 3 R」での検討を経て、平成 25 年、精神保健福祉法はどう改正されたのかを、核心となる「医療保護入院と権利擁護」を中心にその論議をまとめ、さらに平成 29 年 4 月に改正（見直し）を控えている精神保健福祉法の、特に医療保護入院の同意、権利擁護（代弁者）に関する各領域からの指摘や課題を明らかにする。

1. 精神保健福祉法改正（平成 25 年度）に至る経過 ～医療保護入院に関する検討～

（1）「障害者制度改革推進会議」の設置と医療保護入院に関する検討

障害者や精神保健福祉をめぐるさまざまな論議、また国際法・条約等の批准にかかる動きのなかで、平成 25 年に精神保健及び精神障害者福祉のための法律（以下、精神保健福祉法）は一部改正がなされた。改正に先立ち平成 21 年 9 月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」で精神保健医療福祉体系の再構築や、精神医療の質の向上などに及ぶ提言がなされ、同年 12 月、内閣府に「障害者制度改革推進本部」が設置され、「障害者制度改革推進会議」において精神保健福祉法改正に向けての検討が行われた。それをうけて、強制入院、強制医療介入、とりわけ「保護義務者制度」、「入院の際の同意」等の見直しについて平成 24 年度を目途にまとめることが閣議決定されたのである。

（2）国連障害者権利条約、改正障害者基本法等との整合性

障害者権利条約は 2006（平成 18）年に締結され、日本政府は平成 19 年に署名したものの、その後批准に至らなかった。この間、先進国としての国際的な要請や国内当事者等の世論もあり、国内法の整備が急がれていた。署名から 4 年後の平成 22 年、内閣府に「障害者制度改革推進会議」が設置され、障害関連の国内法の整備がはじまった。

いくつか存在する障害者関連法の整備中でも、推進会議の検討の俎上に上がったのが、精神保健福祉法の医療保護入院という、非自発的入院の権利侵害に関してであった。障害当事者からすれば、保護者の同意は、専門医療を受ける必要性がよく理解できない本人に代わって、家庭裁判所の審判を受けた保護者が代諾する、という論法があるにせよ、実態的には強制入院の性格を有するものといえる。推進会議での指摘の内容は、国連障害者権利条約第 14 条：（身体の自由と安全）ⁱ「身体の自由及び安全についての権利を有すること」「不当に又は恣意的に自由を奪われないこと。いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」及び第 17 条：（「障害のあるすべての人は、他の人との平等を基礎として、その身体的及び精神的な不可侵性を尊重される権利を有する」）に抵触するのではないかという懸念で

あった。このことは、日本の医療保護入院という強制入院制度、さらに閉鎖病棟や保護室での隔離、身体拘束等の見直しが図られなければ国際条約の批准は困難であるとも考えられた。

上記の危機感の中で、平成22年6月「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定された。

基本的な方向と、今後の進め方として、①障害者基本法の改正と改革の推進体制、②障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等、③「障害者総合福祉法」（現・障害者総合支援法）の制定などが方向性として示された。この中で、医療の部分、特に精神障害者関連では以下の検討項目を含む事項があげられた。

○精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

○「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。

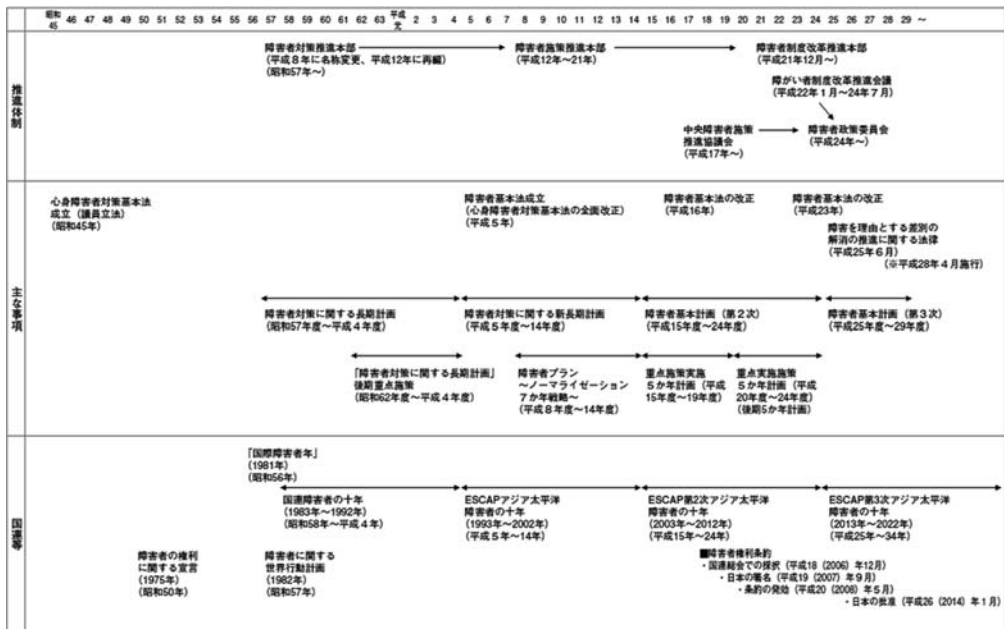
○精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

この検討の背景には、任意入院制度があるにもかかわらず、平成22年時点⁽²⁾で入院患者数30万人中42.4%を占める医療保護入院が存在したこと、さらに「保護者制度」「社会的入院」「精神科特例」における精神障害者の権利問題を、特に精神科医療領域で改革していく方向性が示唆されたともいえる。

次に、障害者基本法の改正にも着手がなされた。障害者基本法は基本的考え方として、障害の有無によらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現を図ることがあげられ、①障害者基本法の改正と改革の推進体制、②障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等、③「障害者総合支援法」の制定が定められ、平成23年4月、障害者基本法が改正された。障害者権利条約の規定を踏まえ、障害者が受ける制限は、社会との在り方との関係（社会的障壁）によっても生ずるという、社会モデルに基づく障害者の概念が盛り込まれたことが特筆すべき点である。基本原則として、地域における共生等、差別の禁止、国際的協調が定められ、障害を理由とする差別の禁止に関し、障害者差別禁止法にいう「合理的配慮」の概念が盛り込まれた。

このように、わが国の障害者施策は障害者の人権をめぐる国際的な動向や、国内法の整備といった一連の動きの中で、相互関連的な改正を求められ、2000年代からほぼ15年間にわたり、めまぐるしい動きを見せていくことになる。（図1参照）

医療保護入院における権利擁護と代弁者制度（篠原由利子）



資料：内閣府

図 1

(3) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム・入院制度に関する議論の整理・平成 24 年 6 月 28 日（入院制度に関する議論の整理）

障害者推進会議の方向性を具現化するために厚生労働省には、当事者も交えた検討チームが合計 3 つ組織され、平成 24 年までに議論を重ね、報告書を答申した。

第 3 R の医療保護入院の見直しを検討するチームは、医療保護入院の課題として①本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か。②入院の必要性があっても保護者の同意がなければ入院できない。③保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすいこと。④本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間にあつれき生まれやすく、保護者には大きな負担。という課題を掘り起し、この課題解決に向けて検討が進められた。図 2 は平成 24 年 6 月 28 日にまとめとして報告された、「入院制度に関する議論の整理」である。

前述した医療保護入院の課題に関する見直しにむけて、整理された議論の内容は以下の通りである。

1) 保護者の同意を要件としない入院手続きとする。

○保護者の同意を必要としない入院制度は、治療へアクセスする権利を保障しつつ、本人の権利を擁護するための仕組みが盛り込まれたものであるべき。

①精神保健指定医 1 名による診察での入院開始とするが、本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、入院当初から早期の退院を目指した取り組みを求め、そのため

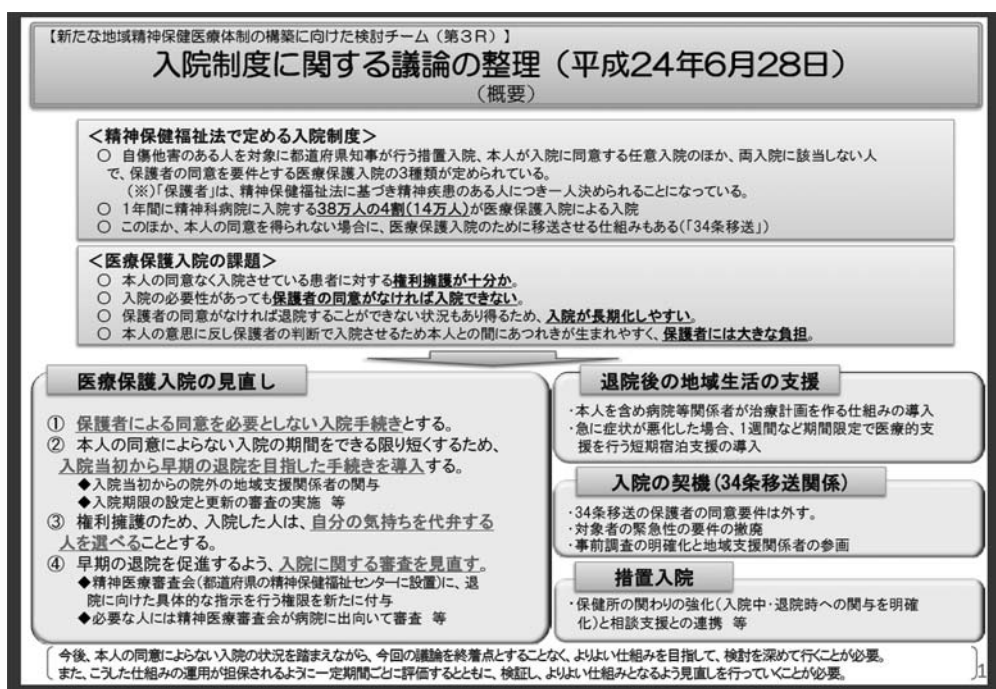


図2 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）議論の整理

厚生労働省 HP

に必要となる手続きとする。保護者に替え誰かの同意を必要とするかの議論。

②本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者（アドボケーター）を、選ぶことができる。

③入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続きの一環と位置付けるとともに、本人又は代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す。

2) 保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とするかどうかの議論

○精神保健指定医2名の診断が必要

○精神保健指定医1名の診断と同時に、地域支援関係者の同意又は関与を必要

○精神保健指定医1名の診断のほかに、裁判所による承認が必要

3) 入院当初から早期の退院を目指した手続き

○入院後早期（例えば、72時間以内）に、院内で退院支援を担当する担当者が、本人（又は代弁者）や家族から、入院に至った状況、本人を取り巻く生活環境や、今後の生活に関する考えなどについて聞き取りを行い、退院支援を行う立場であることを本人や家族に対して明確にする。

4) 本人の考えを代弁する人の関わり

○代弁者（アドボケーター）の仕組みがあることで、入院中の審査の手続きに本人が参画す

ることも容易になる。

この検討の内容をつぶさに見ると、1980年代、精神保健法時代から検討されては廃止されることのなかった保護者制度の廃止という抜本的な議論がなされていたことがうかがわれる。

（4）法改正に向けての関係機関や組織の要望・意見

検討チームによる議論の整理と方向性の公開と並行して、医療保護入院にむけて熱心な討議を進めていた精神保健医療福祉関連団体、法律関係団体などから、さまざまな意見や要望が表明された。日本精神神経学会は、前回平成17年の法改正に向けての意見をこの度も踏襲するとの見解であった。

1) 日本精神神経学会 平成16年11月23日（医療保護入院の見直し（第33条）（抜粋）

- ・医療保護入院の決定は、これまで通り1名の指定医の診察によるが、入院後6ヶ月を経過した時点で、精神保健指定医2名が診察を行い、その継続の可否について判定を行う。

- ・医療保護入院の決定には、保護者の同意を必要とするが、市町村長同意で入院する場合には、併せて、あらかじめ公的な機関（家庭裁判所の指定する機関、人権擁護委員会等）に登録されたPSW等一定の資格を有する保護者に代わる「公的代理人」を選任し、医療保護入院患者の権利擁護者として関与させる。

- ・医療保護入院は本人の同意を得ない強制入院であることに鑑み、医療保護入院を受け入れる病棟については措置指定病院と同等水準の職員配置基準、施設基準等を満たすこととする。

- ・医療保護入院の要件を次のように定める。①国際疾病分類による医学診断 ②精神疾患による判断能力の喪失あるいは減退 ③入院治療による改善あるいは悪化防止の可能性

- ・精神障害者権利擁護活動を支援する制度の創設

- ・あらたに「精神障害者の権利擁護活動を支援するための制度」を創設し、NPO法人など市民レベルの権利擁護活動に対する財政的支援を行う。

2) 日本精神保健福祉士協会 平成24年10月29日（保護者制度の廃止について）

（従来の保護者制度は）患者の意思に反する「監禁と保護」の責任の一端を負わせる一方、患者の治療や社会復帰への協力を含む権利擁護機能も持たせようとしたものであり、長年月に渡り家族に矛盾した役割を課していた点は早急に改められるべきであるとして、

- ・精神保健福祉士は保護者に代わる同意者の機能を担ってはならない。また同様に非自発的入院の医学的診断場面の要否判断には加わらないことを確認する。

- ・保護は医療ではなく福祉その他の手立てによってまかなわれるべきであり、非自発的入院を必要とする者は、「保護」ではなく強制的にでも医療提供が必要と医学的に診断される者に限定することを求める。

- ・入院の是非については行政もしくは司法による審査機能を強化する仕組みを求める。

- ・新たな仕組みでの強制入院患者の権利擁護のため、特に入院決定及び入院継続に際しては権

利擁護の観点からの新たな仕組みが導入される必要がある。

- ・非自発的入院の決定と同時に、退院支援・生活支援の観点からその医療機関の精神保健福祉士が必ず関与するシステムとすること。

- ・当事者を含む第三者委員を構成員に含む院内権利擁護委員会設置を義務化すること。

3) 日本弁護士連合会 精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書（平成24）11月20日
入院時の審査として、次の実体的要件及び手続的要件を満たさなければならない。

○実体的要件：①精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されていること。②治療反応性があることを前提に、入院治療させなければ病状が悪化し、自己決定権の行使が長期間困難になることが見込まれる場合であること。

○手続的要件：①医師は、患者に対して現在の病状並びに治療の方針、効果及び見通しを説明すること。実体的要件判断は指定医2名による判定を必要とし、うち1名は当該入院先精神科病院の常勤又は非常勤の医師でない者によること。急を要する場合、入院時には少なくとも1名の医師による判定で足りるが、入院から72時間以内に2名の医師によって判定がなされること。前記の指定医2名の「判定意見」、入院先精神科病院作成による「治療計画及び退院計画の記載された入院届」を精神医療審査会に提出する他。

入院に当たっては、患者に必ず代弁者を付けること。

○インフォームドコンセントについて

- ・医師は当該患者に対し、医学上の説明責任を果たすとともに、患者の自己決定権をできる限り尊重し支援するよう現在より一層努めるべきであり、強制入院を必要と判断した医師は、患者に対して現在の病状及び治療の見通しを口頭で説明するとともに、書面にも明記して患者に手渡すべきである。特に、患者さんの主張を妄想の一言で片付け、適正な事実認定がなされていないケースも散見されることから、医師は妄想症状があると判断した場合は、その根拠となる事実を入院届に明記し、患者に伝えるべきである。

○代弁者

入院に当たっては、患者が自分の意見を伝えやすいよう、自己の意見を代弁する者を選任させるべきである。この場合の代弁者は、家族、弁護士、精神保健福祉士又はその他地域の生活支援者となり得る者など、患者の権利擁護に資する者とする。特に、患者が入院の不当性を主張しているような場合には、国費による弁護士代弁者の選任も認めるべきである。患者の代弁者は、遅くとも精神医療審査会による審査時には選任がなされていることを前提に、同審査会において意見を述べるものとする。また、代弁者が迅速かつ実質的に患者の権利擁護活動を行えるよう、入院先病院は、代弁者による診療録開示に積極的に応じ、患者と代弁者が電話で直接話ができるよう配慮すべきである。また、代弁者が希望する場合には、可能な限り主治医と代弁者の電話による通話も認められるべきである。なお、上記の精神医療審査会による事後審査及び代弁者制度については、現行の措置入院においても認められるべきである。

表 1 精神保健福祉法改正（医療保護入院・保護者制度）に関する関連団体意見の比較

| | 日本精神神経学会 | 日本精神保健福祉士協会 | 日本弁護士連合会 |
|---------------|--|---|--|
| 声明日時 | H 16 年 11 月 23 日 | H 24 年 10 月 29 日 | H 24 年 11 月 20 日 |
| 入院同意者 | 指定医 1 名 可。 保護者同意 可。 市町村長同意の際には 公益代理人：人権機関登録 PSW 等。 指定病院と同等の職員配置基準、 施設基準を満たす条件。 | 精神保健福祉士は同意者にならない、入院に関する医学的診療場面の 要否判断には加わらない。 「保護」の理由ではなく強制的に 医療が必要との診断時のみ強制入 院。 入院の是非については行政か司法 が関与すべき。 | 手続き的要件： ①医師は患者に現在の病状、治療 方針、効果・見通しを説明 ②2名の指定医（うち1名は外部 指定医） ③緊急時は指定医1名の判定、 72時間以内に2名の医師の判定 |
| 医療保護入院 の要件 | 国際疾病分類による医学的診断。 精神疾患による判断能力の喪失、 減退。 入院治療による改善・悪化防止の 可能性あり。 | 入院決定、入院継続に関しては権 利擁護のための仕組み要。 非自発的入院決定直後から退院支 援・生活支援の観点から院内精神 保健福祉士の関与要。 | 入院時の審査 実的要件： ①精神疾患が重篤で判断力が阻害 されていること。 ②治療反応性があることが前提 で、入院治療しなければ症状悪 化、自己決定権行使が長期間困難 になる可能性大であること。 |
| 権利擁護 | 「精神障害者の権利擁護活動を支 援するための制度」創設。 市民レベルの権利擁護活動に財政 的支援を行う。 | 当事者を含む第3社医院を構成 員にいて院内権利擁護養護委員 会設置。 | 代弁者を選任できること (家族、精神保健福祉士、弁護士 その他地域支援者等) |

筆者作成

2. 平成 25 年度精神保健福祉法改正の内容とその検討

(1) 精神保健福祉法改正

わが国の精神科医療を特徴づけている医療保護入院や保護者制度の抜本的な改革がなされるという期待に応える内容は盛り込まれず、最終的な法律改正は予想外の内容であった。

図 3 からわかるように、医療保護入院については以下のような改正内容になっている。

改正法の概要・保護者制度の廃止・医療保護入院の見直しとして、家族等いずれかの者の同意を要件とする（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人、該当者ない場合市町村長とされている。医療保護入院に関しては衆・参両院からの付帯決議がなされた。「成年後見制度及び社会福祉事業法等の見直しの動向を踏まえ、家族・保護者の負担を軽減する観点から、保護者制度について早急に検討を加え、精神障害者の権利擁護制度の在り方について引き続き検討を進め、その充実を図ること。」これは3年後の見直しまでに検討する事項となった。

(2) 改正案に対する各関係団体の反応

以上の改正に対して、前述した「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）（代表：町野朔）の構成員有志11名はすぐさま、家族同意という事に替えられてし

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

（平成25年6月13日成立、同6月19日公布）

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 改正法の概要

（1）精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

（2）保護者制度の廃止

主に家族となる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

（3）医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

（4）精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

厚生労働省

図3

まった改正内容に対して、遺憾の意を表した。以下、その書面を紹介する。

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」精神保健福祉法改正案に関する意見書（平成25年5月17日）

『検討チーム』では、精神保健福祉法から保護者の義務規定をすべて削除すべきだとし（平成23年11月）、さらに強制入院としての医療保護入院を維持すべきだが、それを保護者の同意を要件としない入院制度に改めるべきだという結論を出しています（平成24年6月）。現在の保護者の同意による入院の制度は、保護者と精神障害者との軋轢を生じさせ保護者の大きな負担となっている上、退院を事実上保護者の意思に依存させる結果となり、入院から地域精神医療への円滑な移行を妨げていると考えたのであります。今回上程された精神保健福祉法の改正法案では、医療保護入院に「家族等のうちのいずれかの者の同意」を必要とし、現行20条で保護者となりうる者を「家族等」としています。これでは、従来の医療保護入院における家族の負担とその非合理性はまったく変わっておらず、しかも、「家族等」のうちの誰でも医療保護入院に同意しうるとされることによって、その負担を負う者は拡張される結果となっております。これは完全な逆コースであり、現在の精神医療福祉の矛盾をさらに拡大するものです。この改正法案は議論を尽くした上で了解されたものとまったく異なるものになっており、どのような経緯でこのような改正案が作られてしまったのか、理解に苦しむものです。」

その後、その他の領域でも、家族の同意の条項を巡って似たような反応がおこった。

1) 日本精神神経学会 精神保健福祉法改正に関する見解（平成25年5月7日）

・保護者制度の廃止と医療保護入院の見直し

保護者制度の廃止は、本学会も長年主張してきたことであり、賛意を表します。しかし一方、今回の保護者制度の廃止は大きな課題を残すものとなりました。

本学会は、保護者制度を廃止することは、同時に強制入院に関する国の責任と公的機関の役割を明確にすることと考えています。強制入院の根拠はボリス・パワーまたはパレンス・パトリ

エのいずれかに求められますが、そのいずれにしても、強制力を発動する主体は国家もしくは公権力でしかありえません。明治 33 年の精神病者監護法の伝統を引きずり、家族の同意によって強制力の発動が有効であるかのような曖昧さを持つこれまでの精神保健福祉法の問題点を、今回の法改正はそのまま引き継ぐことになっています。保護者制度を廃止したにも関わらず家族の同意を残すこととした今回の法改正は、強制入院における国家や公権力の責任を明確にすることを回避したというきわめて重大な問題を孕みます。さらに、現実的な運用としても家族間の葛藤が現場の精神科医療の中に持ち込まれ、医療現場が大きく混乱するのではないかという危惧など、多くの課題を残したものとなりました。この「家族の同意」の問題点を今後の国会の審議や運用面で十分に検討し、あらためて強制入院についての国の責任と公的機関の役割を明確化することを強く求めるものです。

2) 日本精神病院協会（日精協発第 12228 号 平成 25 年 3 月 1 日）

- ・保護者の義務に関する規定をすべて廃止するとの案については基本的に賛同するが、実際の臨床現場においては、精神科病院と家族等が患者の治療につき、協力して当たるべきは当然であり、家族等の義務を規定しないことによる医療現場の混乱を危惧する。

・医療保護入院の見直しについて

医療保護入院の要件として「家族等のうちいずれかの者の同意」が示されているが、家族等について「順位」が定められていないのは問題である。例えば配偶者が同意しなくても扶養義務者の一人が同意すれば入院が可能となる。はたして妥当性があるのか疑問である。さらには現行法では家裁の審判により扶養義務者たる身分が確認できるが、改正案では身分の確認方法が不明確である。退院や処遇改善請求についても家族等について「順位」が定められていないため、家族間で意見が一致しない場合に混乱が生じると危惧する。

「病院内の取組」や「地域の支援」については省令等で具体的な内容が検討されると思われるが、地域の支援体制がまだ十分には整備されていない現状を踏まえた上での検討が必要である。

3) 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）（平成 25 年 6 月 11 日 抜粋）

- ・保護者制度の廃止について高く評価

- ・医療保護入院の見直しについては、「家族等の同意」が必要とされたら、家族と当事者の対立という構図が解決できない

当事者の代弁者等、権利擁護のシステムに変えていくべき

4) 日本精神保健福祉士協会（平成 25 年 5 月 22 日）

本協会および当事者・関係者団体が長年悲願し強く要望してきた「保護者」制度の全廃については、「保護者」規定を法文から削除したものの、医療保護入院制度の手続き要件において 3 親等以内の家族等のいずれかの者の同意を要件として残すとなった。これは、従前に見直しが必要な一課題として認識されていた家族内葛藤や負担軽減にならないばかりか、臨床現場に

大きな混乱を招く懸念があり、入院治療を必要とする人の医療アクセス権も脅かしかねない。また、医療保護入院における権利擁護の仕組みとして検討プロセスで切望された代弁者制度の導入は法案に規定されることなく見送られている。本法案におけるこれらの点は、非自発的入院をさせられる方の権利擁護の観点から看過できないものであり、大変遺憾である。

本協会は、法施行3年後の見直しにおいて家族等の同意要件の撤廃と代弁者制度の確立を求めるものである。さらに、度重なる改正にもかかわらず、いまだ収容主義の歴史を踏襲し、精神障害者の入院治療において保護的側面を残存している精神保健福祉法の抜本的改正を継続して求めていく。

5) 全国精神病患者集団（平成28年2月8日）

医療保護入院の要件の一つは医療及び保護とされているが、医療の必要性はなく保護の必要性だけで入院させることは権利擁護の観点から問題である。

「家族等の同意」は、改正前の医療保護入院よりも広範囲の人に代諾をみとめるものであるためこの制度は改められるべき。

長期入院患者の問題は、出口を作りための地域移行だけでは、入り口から新たな入院者が入っていくだけになってしまうため、入り口である非自発的入院の縮小を。

以上みてきたように、各関連団体はいずれも家族の同意に関して危機感を抱いており、指定医の診察は1名で行えるにしろ、家族以外の者の同意を必要と考えていることがわかる。この場合の同意は代諾でなく、人権チェック上の役割を想定しているようである。同意者としては家族ではなく、人権擁護の機関に登録した専門職や行政、司法等公的機関にゆだねることを概ねイメージしていることが見て取れる。これは、欧米の強制入院システムを念頭に置いて論議されたものであると考えられる。

堀口、伊藤によると⁽³⁾、諸外国の強制入院の申請は家族親族が多く、日本で保護者に相当する語句は、基本的に家族や親族を意味しているというが、申請と同意の区別をしていない説明ではないかと筆者には考えられる。英国などはAMHPと呼ばれる主に精神科ソーシャルワーカーが、国家承認を受けて家族以外に申請する権限を持つという。その他北欧フィンランドなどの場合はかかりつけ医から始まって、3段階の診断が制度化されているが、そもそも保護者同意規定はない。フランスもイタリアも保護者同意規定はなく、行政官や司法関係者の介入がみられる。

強制入院制度をそのまま日本における医療保護入院に当てはめることは、妥当性に欠けるかもしれないので、制度の単純な比較はできないが、わが国における、4割以上を占める入院に家族の同意が不可欠という状況は不自然な制度であることに違いはない。

(3) 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」の公布

厚生労働省は平成25年7月より「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等

に関する検討会」を開催し、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を平成 26 年 3 月に厚生労働大臣名で公布した。

1. 精神病床（病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。）の機能分化に関する事項
2. 精神障害者の居宅等（居宅その他の厚生労働省令で定める場所をいう。）における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項
3. 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

指針を受け、改正後も医療保護入院制度の家族同意の是非、3 年後の見直しに重要案件となった代弁者制度については引き続きさまざまな議論がなされている。厚生労働省では平成 27 年 10 月 21 日「精神障害者をめぐる現状・課題と検討の方向性」で問題点の整理がなされている。

「医療保護入院のあり方分科会における論点整理」平成 27 年 7 月 21 日報告書より

○非自発的入院となる患者の権利擁護の観点や「入院医療中心から地域医療中心」の考え方から、医療及び保護のための入院の必要性については、入院以外の治療的介入の手段がないか等を適切に判断する必要があるのではないか。

○同意者

・医療保護入院の場合は、入院の必要性について、医師による医学的な判断だけでなく、本人の利益を勘案できる者によるチェックが必要。

・同意者に求められる機能・役割

①医師の判断の合理性（説明に対する納得性）

②入院治療が本人の利益に資するか

○家族以外の同意者として中立的な「公的保護者制度」のような仕組み、しかし本人との関わりのない者が本人の意向に反する入院の同意を行うことの課題 多

○代弁者制度、代弁者とは

①入院中の精神障害者の意思決定支援：患者の意思を引き出し、意思表示を支援し、本人の同意があれば医療機関に意思を伝える機能

②退院に向けた意思形成を支援し、退院促進を図る機能

③退院請求など入院者がもつ権利行使を支援する機能

④入院の必要性や適切な医療が行われているかどうかを判断する機能

・「代弁者」は、本人の権利擁護を図るため、必要な情報提供を行い、本人意思を尊重し、それが実現できるよう援助する立場であると考えられ、機能に応じて、故障もそれにふさわしい

ものとするべき。

○入院中の患者と「代弁者」との関係についてどのように考えるべきか

①「代弁者」は患者からの依頼に基づき選任されるのか、あるいは、患者からの依頼がなくともすべての患者に選任されるようにするのか。

②患者からの依頼に基づき選任される場合、精神疾患により判断能力が低下していることも想定される中で、患者の依頼による代弁者の選任についてどのように考えるか

厚生労働省では平成28年1月から「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を開催し、精神保健福祉法の次期改正および今後の精神科医療のあり方についての議論を開始した。

その中で「医療保護入院等のあり方分科会」のテーマとしては、移送及び入院の手続き等の在り方、退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方、の3点にまとめられ、家族同意の問題や、代弁者に関してはさほど触れられていない。

3. 医療保護入院制度、権利擁護養護・代弁者の制度改革にむけて

(1) 平成29年度法改正に向けて関連団体の意見書

平成29年度、精神保健福祉法は、医療保護入院の同意に関する課題、代弁者制度に関する決着をつけて、見直し改正かどちらにしろ決定することを求められている。その時期を目前にして、再度関連団体からの意見書を掲載する。いずれも関連部分の抜粋である。

1) 日本精神神経学会意見書（平成28年6月1日）

本学会はこれまで一貫して保護者制度の廃止を求めてきましたが、平成25年の前回法改正で長年の懸案だった保護者制度廃止が実現しました。しかし、上記の本学会見解で示したように、医療保護入院決定における家族等同意は残され、あたかも家族の同意によって強制力の発動が可能であるかのような曖昧さが残されてしまいました。このため現在でも、強制入院である医療保護入院決定における責任の所在が曖昧なままとなっています。

本学会は、前述した家族等同意の廃止と医療保護入院の決定主体の明確化の問題が取り上げられていないことに危惧を抱いています。

医療保護入院という制度は、措置入院と同様に、当事者自身の意思によらない強制入院制度です。強制入院の根拠は通常ポリスパワーまたはパレンスパトリエに求められますが、そのいずれにおいてもこの強制力を執行する者は、私人ではありえません。前回の法改正における衆参両院の附帯決議では、非自発的入院における国および地方自治体の責任について検討するように求めています。

「医療保護入院等のあり方分科会」におきましては、人権擁護の観点から医療保護入院にお

ける国及び自治体の責任の明確化を次期法改正の最重要課題とし、その上で医療保護入院における家族等同意の廃止を検討していただくように要望します。

2) 日本精神保健福祉士協会法律改正 3 年後の見直しに向けての要望書 平成 28 年 10 月 25 日

保護者制度を廃止した一方、代弁者制度の導入を見送ったことで、それまで保護者に期待されていた入院中の権利擁護機能が欠落した状態となっている。また、家族等による入院時の同意が新設されたことで、保護者制度で問題となっていた強制入院をめぐる家族と本人との葛藤が解決されないままとなっている。

○非自発的入院制度の見直しの必要性

医療保護入院は、先の法改正で保護者制度を廃止したものの、入院時において私人である家族等の同意要件を法律上存置し、なおかつ本人にとっては強制力を伴う入院制度となっている。

本来的には、非自発的入院の最小化を図る制度設計がなされるべきで、医療保護入院制度を措置入院制度の 1 類型に再編し、なんらかの地方公共団体の長に入院同意と入院中の権利擁護機能を持たせるとともに、医療保険を適用するとしても医療費の一部負担金は原則公費負担とするべきである。

○医療保護入院は名称を変更すること。

現状としては「保護」が拡大解釈され社会的要件までが入院の判断材料とされている。このため名称を「非任意入院」「非自発的入院」などに変更するべきである。

○精神保健指定医による入院の必要性の判断基準を法文上規定すること。

精神保健指定医による医療保護入院の必要性の判断は、明確な基準の下に行うことを法文上規定すべきであり、その基準は社会的要因を排除したものとする必要がある。

○入院の要件から家族等の同意を外し、権利擁護者（アドボケイト）が関与する仕組みとすること。

○市町村や広域連合は権利擁護センター（仮称）を設置し、入院時に、精神科病院の管理者による通報を受けて、市町村長は権利擁護者（アドボケイト）を選任して、病院に派遣する仕組みとする必要がある。

○権利擁護者は、医療保護入院者の「意思の表明の支援」（平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」報告書の提言による）を行うものとする。

○権利擁護者になれる者は、一定の研修を受けた精神保健福祉士、精神障害当事者、家族等幅広くとらえる必要がある。

○精神医療審査会に専任の弁護士等を 1 名以上置き、入院後の一定期間内に入院の妥当性を判断し、その結果を本人に告知する仕組みとすること。

3) 日本精神神経学会見解からみた今回の改正案の具体的な問題点と要望事項（関連部分抜粋）

○精神障害者の権利擁護活動を支援する制度の創設が必要である。

精神保健指定医の役割規定が一部後退している。

○医療保護入院、応急入院、任意入院者の退院制限の決定が、緊急その他やむを得ない理由がある場合とはしながらも、非精神保健指定医でも可能とするのは、精神障害者の人権擁護という観点からは後退であり、見直しすべきでない。

○精神保健指定医を含む精神病院職員が、入院患者の処遇に問題があり管理者による改善が期待できない場合、その事実を外部の中立機関に申し立てることができる仕組みが必要である。保護者規定見直しおよび医療保護入院のあり方の検討がなされていない

○保護者の役割を、国連原則における個人的代理人に近づけ、より権利擁護的なものへと見直す必要がある。

(2) 国連から日本政府になされた勧告～日本政府に対する国際拷問委員会 2013 年度勧告⁽⁵⁾～ (著者要約)

ここで、また別の観点から検討したいのが、国連国際拷問禁止委員会が指摘する、日本政府に勧告した指摘（2007）と勧告（2013）である。伊藤によると⁽⁴⁾2005年に国連拷問禁止委員会第19条に関する報告を求められた日本の報告書に対して、民間病院の指定医が、患者を拘束する指示を行っている事、また病棟運営や拷問に値するような、不当な取り扱いにあたる行為に関する、患者からの不服申し立てについて、司法の監督が不十分である」との指摘を出しているようである。さらに2013年には新たに勧告が出されている。他の分野（刑務所での処遇や虐待等）と共に、精神医学的な健康管理という項目で、精神保健福祉法や精神保健医療福祉関連統計等の不備を指摘している。

平成25年、第50回国際拷問禁止委員会は日本政府報告に関する総括所見を提出した。

その中の一項目、〈精神医学的な健康管理〉について、以下の意見が示されている。

日本の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」は、不本意に、そして多くは長期にわたり精神保健管理施設に収容されている心理社会的及び知的精神障害者の高い数字に懸念を抱く。当委員会は独居拘禁の頻繁な使用、非人道的で品位を傷つける取り扱いをもたらす行為である拘束や強制的な薬物投与に対し、さらに懸念を抱く。精神的保険管理に関係する計画について対話の最中に受けた情報を考慮しながら、当委員会は精神的障害者の入院に代わる代替施設についての焦点の欠如に懸念を抱く。最後に、当委員会は、拘束的な措置の過度の使用に関する効果的で公平な調査の欠如の多さや、同じく関連する統計データの欠如に懸念を抱く。
(第2条, 11条, 13条, そして16条)

当委員会は次のことを確認するよう締約国に強く要求する。すなわち、

(a) 効果的な不服申し立てのメカニズム同様、不本意な取り扱いや入所についての実効的な司法管理が設立せれること。

(b) 外来患者と地域共同体のサービスを発展させ、入院患者の人数が減少になること。

(c) 精神医学的及び社会管理施設を含めて、自由を剥奪されているすべての場所においても効果的な法的安全保護が尊重されていること。

(d) 実効性のある不服申し立てのメカニズムへの連絡方法が強化されること。

(e) 拘束や独居拘禁の使用が避けられ、あるいは最低限度の期間内で厳格な医師の管理下であり、代替の管理手段のすべてが上手くいかない場合の最後の手段として適用され、そして、これらの行為は正当に記録されていること。

(f) この効果的で公平な調査は、これら拘束を伴う措置の過度の使用により、患者に怪我を負わせる事故が発生した際に行使されること。

(g) 被害者にはこれらの治療と賠償が行われること。

(h) 独立性のある監視機構がすべての精神医学施設に定期的な訪問が実施できること。

13 (e) 拘束や独居拘禁の使用が避けられ、あるいは最低限度の期間内で厳格な医師の管理下であり、代替の管理手段のすべてが上手くいかない場合の最後の手段として適用され、そして、これらの行為は正当に記録されていること。

(f) この効果的で公平な調査は、これら拘束を伴う措置の過度の使用により、患者に怪我を負わせる事故が発生した際に行使されること。

(g) 被害者にはこれらの治療と賠償が行われること。

(h) 独立性のある監視機構がすべての精神医学施設に定期的な訪問が実施できること。

(3) 各領域から明らかにされた医療保護入院の問題点

以上みてきたように、医療保護入院は強制入院の側面と、保護という名目で家族の同意による入院を規定する稀な法制度ということができよう。

医療保護入院、或いは強制入院、強制医療に関しては、職能団体に限らず、各領域の研究者からの検討も多い。

「精神障害法」などを著し、長年精神障害者の人権問題にかかわってきた弁護士の高橋⁽⁶⁾は、精神保健ケアに関する国連原則が精神障害者の社会的排除の歴史と現状に分離しがたく結びついていることに着目して策定されたことから、これを修正し、各国の精神保健関係法令の改善を求めている。平等原則からすると精神障害に限定した強制医療介入は、差別的制度になるので一般市民を対象に普遍化するか、廃止するかを選択をしなければならない。自傷他害のおそれを要件とする強制医療介入を普遍化することは自由社会の法制度としては許容しがたいと考えられるという。これに対して、同意能力を欠いた場合の強制医療介入の普遍化は、他の一般医療分野においても法律的な基準を確立することが求められており、むしろ、普遍的な基準を確立することが求められる。その際、障害者権利条約 12 条が定める法的能力の平等性と、自己決定に必要な支援を受ける権利について配慮する必要がある。人の判断には教育や社

会経験，豊富な人間関係や社会関係を基礎とした熟慮の過程が前提にあり，判断能力は単に生理的・心理的と同時に社会的側面を含めて理解しなければならない。自己決定支援は社会的側面の充填を求めている，自己決定支援を前提に同意能力が補いきれない場合の医療介入のあり方を普遍的に構築することが求められると広く法制度の見直しを提唱している。

また行政に身を置く精神科医の太田は⁽⁷⁾，強制的入院制度の見直し，医療保護入院制度や保護者制度の見直しと並行して，わが国でも強制的医療介入（傍点筆者）全般に関する検討が必要であるとする。まず入院処遇における強制的治療介入についてのルール作りを始めることになるが，そのときに，同時に地域保健医療における強制的医療介入に関するルール作りについての議論も始めておく必要があるだろうと，医療領域のみならず，地域支援にも予想される強制性の危惧を示唆している。

法律学者の山本⁽⁸⁾は強制入院の根拠として，措置入院にはボリスパワーがその根拠となり，医療保護入院はパレンスパトリエが根拠になることには，法理念から矛盾があることを指摘し，「精神保健福祉法における措置入院，医療保護入院という強制入院が許される根拠は，医療保護入院が必要であるのに，自己の医療的利益を選択できない精神障害者には，公権力が親代わりになって，彼の利益を図るために彼を強制的に入院させて治療を施すことが許されるというパレンスパトリエの考え方に求められるべき」であると整理している。また，法律学的解釈の立場から保護者制度の問題点を整理し，25年改正はわが国の精神医療の家族依存的性格に基本的な変更が加えられることはなかったとしている。従来，権利擁護の役割を果たしてきたのが保護者であり，かつ家族であったとする説明には，家族の権利擁護者としての適格性に疑問を投げかけ，家族の同意とは異なるシステムの必要性を述べている。

同じく国立の医療機関の立場から岡崎は⁽⁹⁾精神保健福祉法に限定した論議なのではなく，一般診療との比較という広い視野からこの問題をとらえるべきだと主張する。つまり，人員配置の精神科特例や施設外収容禁止規定，一般診療との差別的・構造的課題も含めてこの，非自発・強制性の問題は問われねばならないとの論点である。

4. まとめと考察

(1) 医療保護入院数の増加

精神保健医療福祉関連法にはじめて「権利擁護」という文言が織り込まれたのは1987年の精神保健法においてであった。当時に比べれば障害者全体の社会参加，権利擁護，差別禁止の理念が徐々にせよ社会的に受け入れられつつある。（国際人権規約9条（自由権），国連障害者権利条約（12条-4，14条，33条：意思決定，表明支援），障害者の権利条約，国連精神保健ケアの原則，等々）しかしながら国際的な動向はともかく，わが国の精神保健医療分野において，いまだ権利擁護理念の定着や現場での実効性がないのは何故だろうか。法制度を整えれ

ばそれで問題が解決するというのだろうか。改正だけで立法，行政責任の遂行は完了するわけではない。施策とは実質稼働に予算を配分し，見直しを繰り返し，手当すべき領域から視線を外さないという事ではないのかと昨今の改正の度に考えさせられる。

任意入院制度が新設された精神保健法（昭和 62 年）以降，平成 3 年の 127,577 人（36.5 %）から医療保護入院者は徐々に減少し，平成 10 年，11 年には 9 万人を少し超える数（27.5 %）へと順調に推移していたが，平成 13 年頃から再び 10 万人を越え（31.6%）その後どんどん増加している。平成 22 年度：124,920 人，平成 23 年度：133,096 人，平成 25 年度：170,079 人，平成 26 年度には 169,799 人と平成 25 年改正前後からさらにまた医療保護入

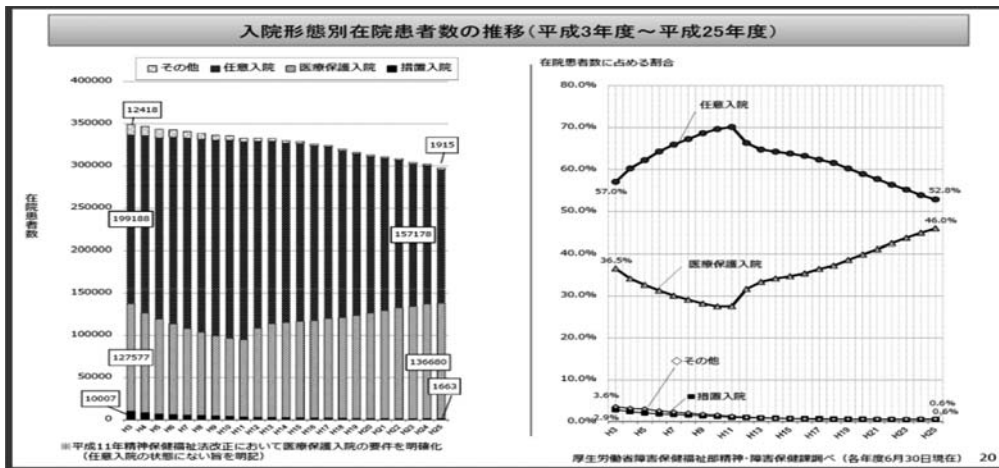


図 4 入院形態別在院患者数の推移

図 2 医療保護入院届出数の年次推移²⁾
各年（度）

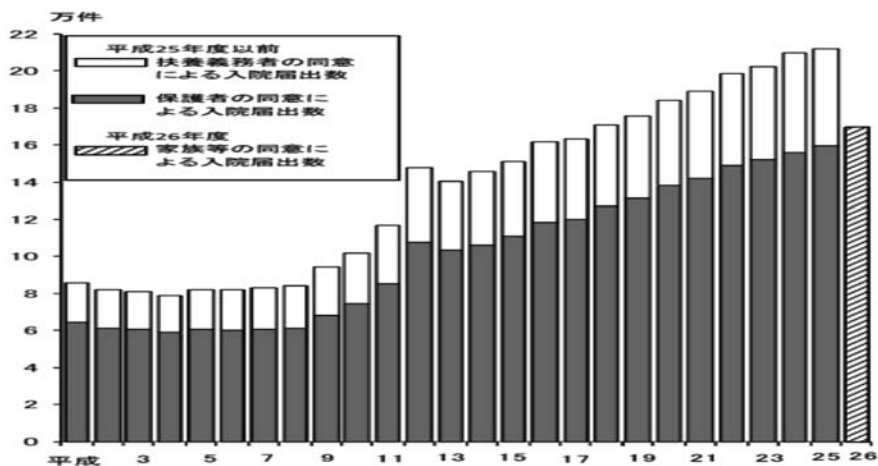


図 5 医療保護入院の年次推移

厚生労働省 平成 27 年衛生行政報告例

院は増加傾向にある。

この増加は何を示しているのでしょうか。やはり安易な非自発的入院制度に精神科医療が依存しているといわざるを得ない。

筆者は代弁者制度の論議の前提として、医療保護入院の廃止があくまでも最重要な課題であると考えている。将来的には精神科入院医療も（措置入院、医療観察法対象治療は別として）内科系一般診療科目という枠組みで治療を行うのが妥当だと考えているので、権利擁護のための仕組みがどれほど付加されたとしても、医療保護入院形態自体に常に疑問を呈していく必要性があると認識している。つまり、精神科医療の良環境や質の向上が、必ずしも保護者制度の廃止や代弁者の導入で担保されきるとは考えられないのである。

これまで精神障害者本人の代わりに、入院同意者をおくことの肯定的論拠としては、国家機能の一つパレンスパトリエが取り上げられてきた。つまり、入院治療が必要な状態であるにもかかわらず、本人は病識欠如などで医療や保護を拒否する。それならば強制的にでも入院させ、治療を行うことが、親心である、というものである。しかし、病識の欠如だけで、入院拒否を説明できるだろうか。初回入院はともかく、すでに入院生活を経験したものについては、他の拒否理由も大いに考えられる。例えば、同意して入院してしまえば、また、不自由で、不便で、画一的な生活を強いられるという抵抗、それまでの一般市民としての生活や人間関係を切断される不安、不都合など、現実的な理由で入院を拒否する事例を臨床では数多くみてきた。

このような個々の「拒否の理由」が一人の医師により、症状的な診断のみで裁断されるのは、パレンスパトリエの理念にそぐわないのではないかと思われる。

（2）代弁者と権利擁護者

「代弁者」という呼称は、まずもって曖昧である。解釈をあやまれば、ただ精神障害者の言いたいことを、代わりに伝えるだけの役割に限定されてしまう可能性もある。役割が限定的になる代弁者より、その役割の本質が明確になる権利擁護者と言い換え、広い意味での権利侵害を対象にすることが望ましいと考える。そうなれば、専門性、責任性、継続性、公共性が蓄積していく。つまり権利侵害等に関する全般的な課題を視野に置き、精神障害者や精神科医療にまつわる重層的な、又広範囲にわたる権利擁護を目指すことができるのではないか。

そもそも権利擁護者の役割は、強制入院の正当化のために機能するものではないことを強調したい。代弁者となることで、入院時の家族の同意の役割を負わされることは望ましくない。

日本精神保健福祉士協会が、指定医の診察にかかわる同意者の役割を、精神保健福祉士がとることを全否定しているのもこのことと関連する。権利擁護者の役割は、患者の課題整理、情報提供、病院との交渉、家族との交渉等にまでわたる。医療機関には属さず、また関連施設等からも距離のある第3者的立場を条件とする。こうした、外部の、しかも一定の専門性やある種の権威性を背景にした機関でなければ実効性をもたない。最近の障害者政策委員会での資

料によると、強制入院手続きに医療から独立した代理人（アドヴォケイトカウンセラー、アドヴォケイトソーシャルワーカー、弁護士等）の関与が義務付けられている EU 諸国では、そうでない国々に比べ、強制入院の割合が優位に低いという。こういった制度が安易な強制入院の歯止めとしての役割を果たしていることが推測できる。

○法制度内の人権擁護機能の限界

現行の制度内では、精神保健指定医を臨床での人権侵害の歯止めとし、精神医療審査会をチェック機関としているが、23 名の処分を受けた不祥事（某医科大学の事件）、全国の大学や精神科病院で合計 89 人（不正に取得した疑いがある医師 49 人と、その上司にあたる指導医 40 人（厚労省によると、審査対象は、指定医の資格を 89 人が所属していた病院は都道府県単位で 12 自治体）の様に、当該指定医の人権感覚が疑わしい事も否定できない。また精神医療審査会は多くの指摘があるように、その機能はパンク状態である。書類上のチェック、手続きの確認等に追われ、権利擁護機関として十分に機能していない。医療委員が未だに多数を占めることから、医療モデル優先で案件を見ていること、審査会の訪問にしても、患者は自らの思いを表明することがまだまだ困難であること等は指摘され続けている。全国精神医療審査会連絡協議会では、精神障害者の意思能力の有無を、誰がいかなる基準で判断するのか等の問題も踏まえながら、現在マニュアルの見直しを行い、さらに法律家委員のより活発な参加を呼び掛けている。

（3）精神科医療にまつわる人権課題、法の矛盾

○入院時に限らない人権課題

強制入院によって患者が蒙る、多くの社会的、心理的、もちろん身体（物理的）喪失に見合う治療効果を、果たして現在の閉鎖的、管理的処遇は提供できるのかという課題も考えなければならない。

人権というのは、一般市民として当然の権利であるというところから始まらなければならぬ。障害や病気があるという事で、あたりまえの生活や人生をあきらめ、無力になり、市民の権利を行使しない、生活や人生の質まで低下するという負のプロセスを認めてはならない。①生活モデルに立脚した精神障害に関する専門的視点、②当事者として共感性を持つ視点、③人権を法的根拠から検討する視点、④ノーマライゼーションを構築する市民としての視点などからの権利擁護が保障される必要があると考えている。

○医療と保護の矛盾

精神保健福祉法という一つの法律に、「医療」と「福祉」が同居している法律構成の問題がある。もともと公衆衛生施策として誕生した法律（精神衛生法）が改正に改正を重ねたのがこの精神保健福祉法である。さかのぼれば、私宅監置の手続きを定めた明治期の「精神病者監護法」がその出自である。強制入院という公的責任を背負わされたのは、臨床で働く精神科指定

医、管理者、そして家族に他ならない。われわれは「医療と保護」における保護の拡大解釈が社会的入院を助長してきたことを忘れてはならない。

代弁者・権利擁護者に関しては障害者自立支援法における、概ね地域生活を送ることを前提とする意思決定等（障害・福祉サービスの利用等）に関わるものと、強制入院という身柄・環境全てが絡み取られ、生活の大きな変化にかかわる事案とを同列では比較できないと考えられる。家族を代弁者に選ぶ場合もあるが、はたして権利擁護という観点を、身近な利害関係者としての家族がどう認識できるのかという疑問も少なからずある。

竹端寛によると⁽¹⁰⁾合衆国連邦レベルでは、「精神障害を持つ個人のための保護と権利擁護養護法」(Protection and Advocacy for Individual with Mental Illness Act)略称 PAIMI 法(1986)とカリフォルニア州：ランターマン・ペトリス・ショート法(Lanterman —Petris-Short Act)略称 LSP 法(1969)があるという。後者の目的は「精神障害者や知的障害者への不適切で不明確で、そして非自発的な収容をなくし、法的な障壁を除去することや司法審査を通して個人の権利擁護を保護すること。・特に重度の障害を持つ人のための後見人制度に基づいて、個別的な治療、スーパービジョン、入院・入所サービス等を提供すること。精神障害者や知的障害者を犯罪行為から保護することなどであり、その役割は以下のようなものである。代弁：強制入院からの72時間拘束後、あるいは14日間拘束後の弔問における利用者の主張の代弁

調査：利用者からの苦情について調査する

監視：施設を見張り、法律を順守しているかどうか確認する

教育：利用者や施設職員、運営者等に、施設における利用者の権利擁護について教育する

欧米の多くの国は医療保護入院の様入院形態は導入していないが、認知症や発達障害の処遇に関して法的整備が2000年以降されている様である。英国のMCA（意思決定能力法）、IMHA（Independent Mental Health Advocacy）、ICAA（Independent Care Act Advocate）等に関しても内容をよく知る必要を痛感した。今後の検討を深める上で、幾つかのヒントがみつけれられるのではないかと。

最後にこのような問題を考える時によく思い出す文言を記す。

「義務的に設置された代理者は、容易に官僚的なアリバイ的存在へと劣悪化していく可能性がありますし、その立場を通して医師のすぐそばでの警察官の役割を、永久的に引き受けさせられる羽目になるやもしれません」(1982 WPA 京都シンポジウムにおける当時西ドイツの精神科医の発言)

おわり

〔注〕

(1) 篠原由利子「医療保護入院・保護者義務者制度を巡る論議の変遷」佛教大学社会福祉学論集、

2013

- (2) 我が国の精神保健福祉：平成 27 年度，太陽美術出版，平成 28 年。
- (3) 堀口寿広・伊藤弘人：「精神医療と保護者制度」精神医学，54(2)：145-154, 2012.
- (4) 伊東哲寛：「障害者権利条約と精神医療」精神医学，54(2)：125-135, 2012.
- (5) 第 50 会期拷問禁止委員会（2013 年 5 月 6 日から 31 日）で採択された第 2 回日本政府報告に関する総括所見（国際連合 CAT/C/JPN/CO/2）
- (6) 池原毅和：「精神科における強制医療介入」，精神神経学雑誌 115：759-766, 2013.
- (7) 太田順一郎：「地域保健医療からみた精神科における強制医療介入」，精神神経学雑誌 115：751-758, 2013.
- (8) 山本輝之：「医療保護入院の要件と精神障害者の権利擁護」，公衆衛生 vol.80 No.11 2016.
- (9) 岡崎伸郎：「精神科における非自発的医療介入制度の見直しに向けて」精神神経学雑誌（2013）115 巻 7 号.
- (10) 竹端 寛：権利擁護が支援を変える，現代書館，2013, p 112.

〔文献・参考資料〕

- ・厚生労働省「医療保護入院のあり方分科会における論点整理」資料 3 平成 27 年 7 月 21 日
- ・現状・課題と検討の方向性 平成 27 年 10 月 20 日
 - (1) 精神障害者に対する支援の在り方について
 - (2) 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進のあり方について
- ・新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第 3 R）「入院制度に関する議論の整理」平成 24 年 6 月 28 日
- ・「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」平成 26 年 3 月
- ・2016 年 6 月 29 日 医療保護入院等のあり方分科会 第 3 回議事録
（出所）<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2/0000130948.html> より作成

（しのはら ゆりこ 社会福祉学科）

2016 年 10 月 31 日受理